

(第1号様式)

介護福祉士実務者研修受講資金貸付申請書

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

介護福祉士実務者研修受講資金の貸付を次のとおり申請します。

修学生番号	※		
養成施設名			
研修期間	～		
実務経験年数		受験年度	
フリガナ			
氏名	㊟		
生年月日	年 月 日生 (歳)		
住 所	〒 -		
電話番号	()		
	携帯電話番号 ()		
現在の就業先			
電話番号	()		
借用希望金額	(合計) 円		
	内		
	訳		

備考 1 ※印の欄には、記入しないこと。

2 「住民票」を添付すること。

(第2号様式)

推 薦 書

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

就業先の所在地

電話 ()

就業先の名称

代表者の職名及び氏名

㊟

下記の者は、介護福祉士実務者研修受講資金の貸付けを受ける者として適当であると認められるので推薦します。

フリガナ	
氏 名	
所 見 (人物・成績等)	
推薦理由	

誓約書

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

貴会より介護福祉士実務者研修受講資金を借入するにあたり、この研修受講資金貸付に係る要綱など貴会の諸規則を遵守し、卒業後は奈良県内の指定された社会福祉施設等において、介護福祉士として返還免除対象業務に従事するとともに、届出その他の義務について誠実に履行することを誓約します。

貴会が、貸付けに必要な範囲で、全国社会福祉協議会、他の都道府県社会福祉協議会等に照会し、私の個人情報の提供を受けることに同意します。

私及び私の世帯の者は、暴力団員ではありません。また、借入期間中においても暴力団員にはなりません。私は、貴社会福祉協議会が必要に応じ官公署等から私又は私の世帯員に係る暴力団員該当性情報の提供を求めることに同意します。

また、関係書類に記入した個人情報は、貴会が本事業に必要な範囲で利用し、第三者に提供することに同意します。

平成 年 月 日

修 学 生 住 所

ふりがな

氏 名

印

生年月日

年 月 日生

平成 年 月 日

連帯保証人 住 所

ふりがな

氏 名

印

生年月日

年 月 日生

<修学生との関係

>

※①修学生、連帯保証人の住所・氏名等は、各自「自署」すること。

②修学生が成年者の場合は、印鑑登録証明書の印影と同一の印を押印すること。

③連帯保証人は、成年者で独立した生計を営む者とします。

なお、修学生が未成年者の場合の連帯保証人は、法定代理人とします。

④連帯保証人の「印」は、印鑑登録証明書の印影と同一の印を押印のこと。

(第5号様式)

介護福祉士実務者研修受講資金振込口座申請書

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号			
住 所	〒 -		
フリガナ			生年月日
氏 名	Ⓜ		年 月 日 (歳)

私は、次のとおり介護福祉士実務者研修受講資金振込口座を申し出ます。

振 込 先	金融機関等	(金融機関名)			(支店名)				
	口座の種類	1:普通預金			2:当座預金				
	口座番号								
フリガナ	-----								
口座名義	-----								

※①振込先口座は、必ず修学生本人の名義の口座であること。

②振込先銀行口座の通帳（口座番号・名義が記載されている部分）の写を添付すること。

③ゆうちょ銀行の口座は指定できません。

(第8号様式)

介護福祉士実務者研修受講資金返還免除申請書

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号			
住 所	〒 -	電話 ()	
フリガナ		生年月日	
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)	

私は、社会福祉法人奈良県社会福祉協議会介護福祉士実務者研修受講資金貸付要綱の規定により、修学資金の返還の免除を受けたいので、次のとおり申請いたします。

修学生時の 養成施設名	所在地			
	施設名			
	卒業等年月日	年 月 日 (卒業・中退)		
借用期間	年 月 から 年 月 まで (年 箇月)	借入金額	円	
		返還済額	円	
返還猶予を 受けた期間	年 月 から 年 月 まで (年 箇月)	返還免除済額	円	
		返還免除申請額	円	
申請理由	1 介護福祉士の業務に従事 2 在学中 3 被災 4 その他 ()		理由発生 年 月 日	年 月 日
現在の就業先	所在地	〒 -	電話 ()	
	電話番号			
卒業後の 状況	期 間	就業先	所在地	
	年 月 から 年 月 まで・現在	年 箇月	県 内 外	
備考	年 月 から 年 月 まで・現在	年 箇月	県 内 外	

※申請理由に係る証明書類等を添付すること。

(第9号様式)

介護福祉士実務者研修受講資金返還猶予申請書

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号			
住 所	〒 -	電話 ()	
フリガナ		生年月日	
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)	

私は、社会福祉法人奈良県社会福祉協議会介護福祉士実務者研修受講資金貸付により、修学資金の返還の猶予を受けたいので、次のとおり申請します。

修学生時の 養成施設名	所在地			
	施設名			
	卒業等年月日	年 月 日 (卒業・中退)		
借用期間	年 月 から 年 月 まで (年 箇月)	借用金額	円	
		返還済額	円	
返還猶予を 受けようと する期間	年 月 から 年 月 まで (年 箇月)	返還免除済額	円	
		返還猶予申請額	円	
申請理由	1 介護福祉士の業務に従事 2 在学中 3 被災 4 心身の故障 5 その他 ()	理由発生 年 月 日	年 月 日	
現在の就業先	所在地	〒 -		
	電話番号	電話 ()		
	名称			
卒業後 の状況	期 間		就業先	所在地
	年 月 から 年 月 まで・現在	年 箇月		県 内 県 外
	年 月 から 年 月 まで・現在	年 箇月		県 内 県 外
備考				

※申請理由に係る証明書類等を添付すること。

(第10号様式)

業務従事届

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号		
住 所	〒 -	
フリガナ		生年月日
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)

下記のとおり介護福祉士の業務に従事したので届け出ます。

業務従事先	所在地 電話番号	〒 - 電話 ()
	法人名及び 施設名	
	職 種 (主たる業務)	
業務従事期間	年 月 日 から	

上記の者は介護福祉士として返還免除対象業務に従事していることを証明します。

年 月 日

業務従事先の施設（団体）名

代表者の職名及び氏名

Ⓜ

(第11号様式)

業務従事期間証明書

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号		
住 所	〒 -	
フリガナ		生年月日
氏 名	Ⓜ	年 月 日 (歳)

上記の者は、次のとおり従事（している・していた）ことを証明します。

業務従事先	所在地 電話番号	〒 - 電話 ()
	法人名及び 施設名	
	職 種 (主たる業務)	
業務従事期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (年 箇月)	

年 月 日

業務従事先の施設（団体）名

代表者の職名及び氏名

Ⓜ

(第12号様式)

氏名等変更届

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号		
現住所	〒 -	電話 ()
フリガナ		生年月日
氏名	Ⓜ	年 月 日 (歳)

次のとおり変更しましたので届出します。

変更事項	①氏名 ②住所 ③連帯保証人 ④その他 ()
変更年月日	年 月 日
変更の理由	
変更前	
変更後	

※連帯保証人変更の場合は、以下の各欄にそれぞれ自署・押印すること

修学生（借受人）

住所 氏名 印

私は、貴会介護福祉士実務者研修受講資金貸付要綱等の定めに基づき、連帯保証人として、修学生に契約内容を誠実に履行させるとともに、修学生が返済履行しない場合はその一切の債務を負担いたします。

（新）連帯保証人

住所 氏名 印

連絡先電話 - - 生年月日 年 月 日

<修学生との関係 >

※①特別の理由がない限り、連帯保証人の変更は認めないので、届出前に本会に照会すること。

②連帯保証人を変更する場合は、（新）連帯保証人（成年者で独立して生計を営む者に限る。）の「印鑑登録証明書」を添付すること。

(第13号様式)

業務従事先変更届

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号		
住 所	〒 -	
フリガナ		生年月日
氏 名	㊦	年 月 日 (歳)

次のとおり業務従事先を変更したので、届け出ます。

新従事先	所在地及び電話番号	〒 -	電話 ()
	施設名又は所属団体名		
	従事開始年月日		
旧従事先	所在地及び電話番号	〒 -	電話 ()
	施設名又は所属団体名		
	従事開始年月日		

上記の者は、平成 年 月 日から当施設に在職していることを証明します。

業務従事先の施設（所属団体）
の長の職名及び氏名

㊦

※旧従事先の従事期間証明書（第11号様式）も併せて提出すること。

(第15号様式)

卒業届

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号	
住 所	〒 -
氏 名	Ⓜ

次のとおり研修施設を卒業しましたので届出します。

研修施設名	
課 程 名	
卒業年月日	年 月 日
卒業後の予定	①奈良県内の社会福祉施設等に就職 ②県外施設又は他職種等に就職 ③進学（学校名 ） ④未定（理 由 ）

上記記載のとおり卒業したことを証明します。

年 月 日

研修施設名

代表者の職名及び氏名

Ⓜ

(第16号様式)

資格登録届

年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

修学生番号	
住 所	〒 - 電話 ()
氏 名	Ⓜ

次のとおり資格登録しましたので届出します。

資格種類	介護福祉士
登録年月日	年 月 日
登録番号	
借受時の研修施設名	

※登録証の写しを添付すること。